

KROONISTA, VAKAVAA MIELENTERVEYDENHÄIRIÖTÄ
SAIRASTAVIEN POTILAIKEN HOIDONTARVE JA HOIDON
TOTEUTUMINEN TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA JA
VANHAINKODEISSA

SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Marjut Koiranen
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Helmikuu 2016

MARJUT KOIRANEN: IKÄÄNTYNEIDEN, KROONISTA, VAKAVAA
MIELENTERVEYDENHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVIEN POTILAIEN HOIDONTARVE JA
HOIDON TOTEUTUMINEN TEHOSTETUN PALVELUASUMISESSA JA
VANHAINKODEISSA. SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS.

Kirjallinen työ, 30 s.

Ohjaajat: Jaakko Valvanne, Lauri Seinälä

Helmikuu 2016

Avainsanat: skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, vakava mielenterveydenhäiriö, krooninen, ikääntynyt, tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti, hoidon toteutuminen

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää kroonista, vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavien asukkaiden soveltuvuutta tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien piiriin. Ikääntyneiden kroonista mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden määrä kasvaa väestön suurten ikäluokkien vanhetessa. Kyseisen asukasryhmän hoito on aiemmin tapahtunut sairaaloiden ja psykiatrinen hoitolaitosten pitkäaikaisosastoilla, joissa kroonista mielenterveyden häiriötä sairastavia henkilöitä on totuttu hoitamaan ja ammattitaito psykiatrinen sairauksien hoitoon on olemassa.

Katsauksessa kartoitettiin edellämainitun asukasryhmän erityispiirteitä, hoidontarvetta, hoidon toteutumista ja soveltuvuutta kyseiseen asumismuotoon.

Kirjallisuuskatsaus toteutettiin systemaattisen kirjallisuushaun pohjalta. Tutkimuksista luettiin tiivistelmät ja valittiin aiheen kannalta oleelliset kokotekstit luettavaksi. 11 tutkimuksista oli soveltuvia. 3 tutkimusta suljettiin pois. Tutkimusten laatu arvioitiin GRADE asteikolla.

Kvalitatiivisessa analyysissä todettiin, että vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoito tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien piirissä ei toteudu laadukasti. Ongelmia on asukkaiden tarpeiden ja oireiden tunnistamisessa. Sosiaalisia ongelmia ilmenee usein. Selittävänä tekijänä voi olla hoitohenkilökunnan kouluttamattomuus ja kokemattomuus psykiatrinen potilaiden hoidossa. Asukkaiden kognition aste korreloi heikentävästi asumismuotoon sopeutumiseen ja asukkaan kykyyn ilmaista hoidontarvettaan. Psykiatrisen sairauden oireiden ilmeneminen vaikutti asukkaan hoidon toteutumiseen ja hoidon laatuun alentavasti.

Aiheesta tarvitaan lisää laadukasta tutkimustietoa. Mikäli kyseinen asukasryhmä tulevaisuudessa siirtyy tehostetun palveluasumisen yksiköihin ja vanhainkoteihin, on erittäin tärkeää, että asukkaan hoitopaikan valinta ja hoidontarpeen arviointi on tehty yksilöllisesti ja perusteellisesti. Henkilökunnan koulutus psykiatrinen sairauksien hoitoon ja konsultaatiomahdollisuuksien järjestäminen on oleellista, jotta laadukasta hoitoa voidaan kyseisissä laitoksissa tarjota.

Tämän opinnäytteen alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-ohjelmalla Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	3.
TAUSTA	3.
NÄKÖKULMA	6.
KÄSITTEET	6.
LYHENTEET JA STRUKTUROIDUT KYSELYT	8.
2. MENETELMÄ	9.
PROTOKOLLA JA INFORMAATIO-LÄHTEET	9.
HYVÄKSYMISKRITEERIT	9.
VALINTAKRITEERIT	9.
TIEDONKERÄÄMINEN JA ARVIONTIMENETELMÄ	10.
TULOSSYNTESI	11.
3. TULOKSET	12.
TUTKIMUSTEN VALINTA	12.
TUTKIMUSTEN ESITTELY	13.
HARHAN ARVIOINTI	24.
4. POHDINTA	25.
TULOSTEN YHTEENVETO	25.
RAJOITUKSET	27.
PÄÄTELMÄT	28.
5. RAHOITUS JA SIDONNAISUUDET	30.
RAHOITUS	30.
SIDONNAISUUDET	30.
 LÄHTEET	
HAKUSTRATEGIA	
LIITTEET	

1. JOHDANTO

1.1 Tausta

Suurten ikäluokkien ikääntyessä kasvaa ikääntyneiden vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavien potilaiden määrä. Tämä on nostanut esiin kysymyksen missä kyseisen potilasryhmän hoito tulisi toteuttaa. Yhä enenevissä määrin potilaita sijoitetaan sairaaloiden pitkäaikaissosastoilta tehostetun palveluasumisen asukkaiksi.

Tällä asukasryhmällä on kroonisen perussairautensa vuoksi muista asukkaista poikkeavat hoidolliset vaatimukset. Tämä asettaa myös hoitohenkilökunnan uudelleen tilanteeseen. Jotta tuetun asumisen piirissä kyettäisiin järjestämään edellämainittujen asukkaiden saama hoito laadukkaasti ja hoitohenkilökunnan työskentely sujuvasti, on tärkeää, että hoitoa järjestettäessä on käytössä tietoa asukkaiden sairauden erityispiirteistä, sekä hoitohenkilökuntaan kohdistuvista erityisvaatimuksista. Aiheesta on hyvin vähän tutkimustietoa. Vuodelta 2014 on kirjallisuuskatsaus, jossa selvitettiin palliatiivisen- ja tuetun hoidon toteutumista kroonista mielenterveyden häiriötä ja dementiaa sairastavilla asukkailla. Dementiaa sairastavia asukkaita koskien tutkimustietoa löydettiin laajasti. Mielenterveyden häiriötä sairastavista asukkaista tutkimuksia löytyi suppeasti. Suurimpina ongelmakohtina hoidon toteutumiselle todettiin viive hoitoon hakeutumisessa ja hoidon järjestämisessä. Jotta toteutunut hoito olisi laadukasta, tulisi psykiatrisen ja palliatiivisen hoidontarjoajan välistä yhteistyötä kehittää. Laadukkaita tutkimuksia mielenterveyden häiriötä sairastavien asukkaiden osalta ei löydetty. (1)

Yhdysvaltalaisessa pitkittäistutkimuksessa, jonka tutkimusväestönä olivat Veteran Affair järjestön hoitokotien asukkaat vuosina 1990, 2002 ja 2006, todettiin vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavien asukkaiden määrän pysyneen lähes vakiona. Vakavan mielenterveydenhäiriön yleisyys kasvoi merkittävästi vanhemmissa ikäluokissa. Selittävänä tekijänä esitettiin psykogeriatrinen hoitopaikkojen ja hoidonlaadun lisääntyminen ja kehittyminen kyseisissä hoitoyksiköissä, johtaen mahdollisesti hoitopaikan muutoksiin. Skitsofrenian esiintyminen edellä mainitussa väestössä vuonna 1990 oli 13 %, kun vuonna 2006 vallitsevuus oli 17 %. (2)

Yhdysvaltalaisessa pitkittäistutkimuksessa tutkimusväestönä oli 7,937 Medicaid- ohjelmaan kuuluvaa henkilöä. Tutkimusväestöön hyväksyttiin 40 -vuotiaat, tai tätä vanhemmat henkilöt. Tutkimuksen kohteena oli vuosina 1996–2005 tapahtuneet sisäänkirjaukset hoitokoteihin. Tutkimuskysymyksenä oli, kuinka skitsofreniaa sairastavien asukkaiden ikäjakauman poikkeavuus muusta väestöstä hoitokotien sisäänkirjautumisessa. Mediaani normaaliväestön hoitokotiin sisäänkirjaamiselle oli 80 vuotta. Skitsofreenikoilla mediaani oli 65 vuotta. Suurin eroavuus ilmeni keski-ikäisillä henkilöillä, iältään 46–60 vuotta, jolloin riski hoitokodin sisäänkirjaukseen skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä oli 3,9 kertainen muuhun väestöön verraten. (3)

Vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien asukkaiden liitännäissairastavuus poikkeaa muusta väestöstä. Useat somaattiset sairaudet ilmenevät varhaisemmalla iällä ja oireiden ilmeneminen ja hoidon tarve eivät aina vastaa muuta väestöä. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla pasukkailla kognition alenemaa ilmenee aiemmin ja voimakkaammin, kuin vertailuväestöllä, kun ikä ja koulutusaste on otettu huomioon. (4) Keski-ikäisillä ja tätä vanhemmilla skitsofreniapotilailla negatiivisten oireiden ilmeneminen vaikuttaa subjektiiviseen kokemukseen elämänlaadusta alentavasti. (5)

Kymmenen vuoden seurantatutkimuksessa skitsofreniapotilailla komorbiditeetti poikkesi muusta väestöstä. Sydämen vajaatoiminnan, keuhkohtaumataudin, diabeteksen ja kilpirauhasen vajaatoiminnan esiintyvyys todettiin tilastollisesti merkitsevästi korkeammaksi. Syövän ilmeneminen skitsofreniapotilailla oli kuitenkin alhaisempi. Dementian ilmaantuvuus oli kaksinkertainen normaaliväestöön verraten. Skitsofreenikoilla todettiin myös 25 % korkeampi riski kuolleisuuteen. (6)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja skitsofreniaa sairastavilla potilailla metabolisen oireyhtymän ilmaantuminen on suurempi kuin muulla väestöllä. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla vallitsevuus oli 58 % korkeampi. Korkeampi riski itsenäiseen kolesteroli arvojen kohoamiseen, verenpaineautiin ja kohonneeseen paastosokeriarvoon havaittiin. (7) Skitsofreniaa sairastavilla naisilla metabolisen oireyhtymän vallitsevuus oli 51,6 %, miehillä vastaavasti 36,6 %. (8) On esitetty, että ylipainolla ja korkeilla veren rasva-arvoilla on yhteys kognitiiviseen alenemaan. (9)

Sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet ilmenivät keskimäärin 14 vuotta varhaisemmin kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla. Myös vallitsevuus verrattuna muuhun väestöön oli tilastollisesti merkitsevästi korkeampi (OR = 4.95, 95 % CI 4.27–5.75). Havaittiin myös verenpainetaudin ilmentyminen keskimäärin 13 vuotta varhaisemmalla iällä. Selittävänä tekijänä ovat mahdollisesti patofysiologiset tekijät tai käyttäytymiseen ja elintapoihin liittyvät tekijät. (10) Yleisimmät liitännäissairaudet kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla olivat verenpainetauti, alkoholin liikakäyttö, sekä kohonneet veren rasva-arvot. Ikääntyvällä väestöllä alaselkäkipu on yleinen oire. Esiintyvyys kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla oli 15,4 % verraten normaaliväestöön 10,6 %, ($p < 0,0001$). Edellä mainitut sairaudet ilmaantuivat varhaisemmalla iällä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla. (11)

Myös palliatiivisen hoidon toteutuminen kroonista vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavilla henkilöillä on oleellinen suunniteltaessa sijoittamista tehostetun palveluasumisen piiriin, sekä vanhainkoteihin. Skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä hoitokoti kuolinpaikkana oli yleisempi 27,9 %, kuin muulla väestöllä 13,9 %. Kuolleisuus hengityselinten sairauksiin oli kohonnut, kun verenkiertoelinten sairauksiin kuolleisuus oli vastaava kuin normaaliväestöllä. Nuorimmilla skitsofrenia potilailla (10–59) itsemurha oli yleisempi kuolinsyy, kuin normaaliväestöllä. Keuhkosityöpäkuolleisuus skitsofrenikoilla oli korkeampi (32.5 % verrokkiryhmä 20.6 %, $p < 0,004$) Muissa syövyissä kuolleisuuslukummat eivät poikenneet vertailuväestöstä. Keskimäärin kuolinikä skitsofrenikoilla oli 77 vuotta. (12)

Palliatiivisessa hoidossa on oleellista tunnistaa ja hoitaa potilaiden oireita, erityisesti kipua, mahdollisimman tehokkaasti. Kroonista vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavilla potilailla oireiden tunnistaminen ja hoitaminen voi poiketa muusta väestöstä. Skitsofreniaa ja skitsoaffektiivista häiriötä sairastavilla potilailla palliatiivisen hoidon toteutuminen oli laadultaan yhtä hyvää, tai parempaa kuin verrokeilla. 73 % sai opiodi lääkitystä ennen saattohoitoon tuloa ja hoitolinjaus oli tehty 62 %:lla. (13) Vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavista aikuisista potilaista 66 % toivoivat hypoteettisessa palliatiivisessa hoidossa vahvaa kipulääkitystä, vaikka hoito vaikuttaisi kognitioon alentavasti. Koomassa, suuri (45 %) osa toivoisi elintoimintojen ylläpitoa määrätyn ajan, jonka jälkeen tuloksettomasta hoidosta tulisi luopua. Vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden todettiin olevan kykeneviä arvioimaan omaa hoidon tarvettaan saattohoidossa. (14)

1.2 Näkökulma

Tämä systemaattinen kirjallisuuskatsaus on toteutettu katsauksen tekijän syventävänä opinnäytetyönä Tampereen yliopistossa vuosina 2015–2016. Perusteena kirjallisuuskatsauksen tekemiselle oli Tampereen kaupungin tuetun palveluasumisen, vanhainkotien hoitohenkilökunnan, sekä hoidosta vastaavien tahojen huoli siitä, kuinka vakavaa kroonista mielenterveyshäiriötä sairastavien asukkaiden hoito pystytään toteuttamaan kyseisissä yksiköissä.

Alkuperäisenä tutkimussuunnitelmana oli kerätä tietoa, kuinka kyseisen asukasryhmän hoito toteutuu tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien piirissä. Alustavien hakujen jälkeen kävi ilmi, että tutkimustietoa aiheesta on erittäin suppeasti. Kirjallisuuskatsauksen aihe laajennettiin käsittelemään hoidon järjestämistä ja toteutumista, sekä vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavien asukkaiden sairastavuuden erityispiirteitä ja hoidollisia vaatimuksia. edellä mainituissa hoitolaitoksissa. Katsauksessa analysoidaan kroonista vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavien asukkaiden hoidon laatua ja saatavuutta, sekä soveltuvuutta tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien piiriin. Koska tutkimustietoa aiheesta on suppeasti, on tausta aineistossa käsitelty tämän asukasryhmän oirekuvaa ja erityisvaatimuksia myös hoitolaitosten ulkopuolella. Päämääränä oli kartoittaa niitä osa-alueita, jotka vaativat hoitohenkilökunnalta, sekä hoitoa organisoivalta taholta erityisosaamista, mikäli edellä mainittujen asukasryhmien pitkäaikaishoitoa tulevaisuudessa näissä hoitolaitoksissa toteutettaisiin.

1.3 Käsitteet

Käsitteenä vakava mielenterveyden häiriölle ei löydy selkeää määritelmää. Tässä katsauksessa termin alle lukeutuvat skitsofreniaa, skitsoaffektiiivistahäiriötä sekä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat hoitokotien, vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asukkaat. Perusteena edellämainittuun asukasryhmään rajaamiselle oli riittävän laaja tutkimusnäyttö kirjallisuuskatsauksen aiheeseen liittyen. Lisäksi katsauksessa on tutkimustiedon suppeuden vuoksi käsitelty myös artikkeleita, joissa mielenterveyden häiriön diagnoosit olivat laajalaisempia. Näissä artikkeleissa mielenterveyden häiriön diagnoosit on eritelty, joten tietoa on voitu käyttää hyväksi tämän katsauksen näkökulmasta.

Kansainvälisesti käytetään termiä SMI (severe mental illness), jonka määritelmä on pitkään ollut kyseenalainen. SAMHSA (Substance abuse and mental health services administration) määrittä 2013 SMI määritelmäksi:

1. 18-vuotias tai vanhempi henkilö jolla on kyseisellä hetkellä, tai kuluneen vuoden aikana on diagnosoitu mielenterveyden, käytöksen tai tunteidensäätelyn häiriö.
2. häiriö täyttää kestoltaan DSM-IV- luokituksen kriteerit
3. on johtanut merkittävään toiminnalliseen haittaan, joka rajoittaa henkilön elämää useammalla kuin yhdellä osa-alueella. (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2013)

American Psychiatric Association on määrittänyt vuonna 1994 kroonisen mielenterveyden alle lukeutuviksi vaikean mielialahäiriön, skitsoaffektiivisen häiriön, posttraumaattisen stressireaktion, dementian ja vaikean persoonallisuushäiriön.

Skitsofreniaa, skitsoaffektiivista häiriötä, sekä kaksisuuntaistamieliala häiriötä sairastavien asukkaiden kriteerinä tutkimuksissa oli joko ICD-luokitukseen tai DSM-luokitukseen perustuva skitsofrenian, skitsoaffektiivisen tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosi. Osassa tutkimuksista diagnostiikan perusteita ei ollut mainittu. Sairaus oli tyypiltään krooninen. Ikääntyneen henkilön määrittelemisen todettiin tämän asukasryhmän kohdalla turhaksi, sillä kyseisiä sairauksia sairastavien asukkaiden sisäänkirjautumisikä tuettuun asumismuotoon vaihtelee suuresti, eikä iän rajaaminen tässä yhteydessä ole oleellista.

Psykoottistasoisissa mielenterveyden häiriöissä ja erityisesti skitsofreniassa potilaan oirekuvassa erotellaan negatiiviset ja positiiviset oireet. Positiivisia oireita ilmenee yleisimmin akuutin psykoottisen vaiheen aikana. Näihin lukeutuvat näköharhat, kuuloharhat, hajuharhat, outouden tunne, äänien kaikuminen, keskustelevat äänet, suuruusharhat ja epänormaali tärkeyden tai yliluonnollisuuden tuntemus. Pelkotilat, salaliittoteoriat tai aistien poikkeava herkiminen voivat olla psykoottistasaisen sairauden oireita. Akuutissa psykoosissa henkilön puhe ja käytös voi olla hajanaista, eikä ajatustenkulku ole loogista. Negatiiviset-, eli puutosoireet, johtuvat pääasiassa sairauden etenemisen aiheuttamista muutoksista hermostossa. Negatiiviset oireet lisääntyvät sairauden kroonistuessa, mutta voivat ilmetä myös akuutin psykoosin, tai taudin alkuvaiheen

aikana. Ne ilmenevät päivittäisen toiminnan, kuten puheen tai sosiaalisen käyttäytymisen köyhtymisenä. Potilas muuttuu sulkeutuneeksi, sosiaalinen vuorovaikutus vähenee, tunnetilat latistuvat ja muuttuvat negatiivisimmiksi, mielihyvän kokeminen vähenee ja mieliala laskee. Masennusta ilmenee usein. Myös kognition alenema voidaan käsittää negatiiviseksi oireeksi, mutta kognitiivinen toiminta eritellään yleisimmin omaan kategoriaansa. (15, 16).

Laitoshoito ja ympärivuorokautinen palveluasuminen (institutional care and sheltered housing with 24-hour assistance) määritellään Terveystieteiden ja hyvinvointilaitoksen julkaisussa Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2012, hoidoksi, jossa asiakkaan hoitoon osallistuva henkilökunta on läsnä hoitolaitoksessa ympärivuorokautisesti, tai asiakkaan hoitoon liittyy selkeä sisään- ja uloskirjaus. Tässä kirjallisuuskatsauksessa näistä hoitomuodoista katsaukseen sisällytettiin aluksi vanhainkodit (residential homes for older people), sekä tehostettu palveluasuminen (sheltered housing with 24-hour assistance). THL määrittää vanhainkotihoitoa hoidoksi, joka toteutuu sosiaalitoimen kautta järjestettynä kääntyneiden laitoshoidona. Tehostettu palveluasuminen on määritetty ikääntyneiden ympärivuorokautiseksi palveluasumiseksi. (THL 2012) Laitoshoitoon voidaan rinnastaa myös sairaaloiden pitkäaikaissosastolla tapahtuva hoito, erona on palveluntarjoaja, joka tässä tapauksessa useimmin on sairaanhoitopiiri tai kunta, eikä hoitopaikkana ole asumispalveluja tarjoava laitos, vaan sairaala.

Katsausta tehtäessä kävi selväksi, ettei tietoa löydy riittävästi edellä mainituilla hoitomuodoilla ja termeillä. Vanhainkoteihin, tehostettuun palveluasumiseen, hoitokoteihin ja psykiatriin hoitokoteihin liittyvässä terminologiassa ei löydetty kattavaa, yksiselitteistä termistöä englannista suomeksi. Tämän vuoksi katsauksessa esitetyt asumismuotoja ei voida täysin verrata suomalaisiin hoitolaitoksiin. Artikkeleihin, joissa asumismuodon yksityiskohdat oli kerrottu, on merkitty tieto asiasta. Pyrkimyksenä oli sisällyttää katsaukseen vain tutkimuksia, joissa hoitohenkilökunta olisi kyseisessä asumismuodossa paikalla 24 tuntia vuorokaudessa. Tästä rajauksesta jouduttiin tiedonhaku prosessissa tinkimään. Asiasta tarkemmin sivulla 10.

1.4. Lyhenteet ja strukturoidut kyselyt

Arviointiasteikkona tutkimuksissa käytettiin strukturoituja kyselyjä, sekä tutkimusryhmien itse suunnittelemaa kyselylomakkeita. Liitteessä 2. on esitetty yleisimmät tutkimuksissa käytetyt kyselyt, lyhenteet ja arviointiasteikko tulokannan tueksi.

2. MENETELMÄ

2.1 Protokolla ja informaatiolähteet

Artikkelien haku on toteutettu 15.1.2016 systemaattisena kirjallisuushakuna Medline tietokannassa, lähteinä Journals@Ovid Full Text January 15,2016, Your Journals @Ovid, Joanna Briggs institute EBP Database - Current to January 13, 2016, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily, Ovid MEDLINE(R) and Ovid OLDMEDLINE(R) 1946 to Present. Hakustrategia on liitteenä 1. Hakusanoina käytettiin Mesh- termejä ja vapaata sanahakua.

2.2 Hyväksymiskriteerit

Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin 14 englanninkielistä artikkelia, joiden kokoteksti oli saatavilla. Aineiston suppeuden vuoksi julkaisutyypille ei asetettu vaatimuksia. Perusteena valinnalle oli vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavien asukkaiden esiintyminen tutkimusväestönä ja tutkimuskohteena, sekä edellä mainittujen asukasryhmien hoidon toteutuminen tuetun palveluasumisen, vanhainkotien, sairaalaosastojen tai muiden hoitolaitosten piirissä. Kokotekstejä läpikäydessä havaittiin, ettei suurimmassa osassa tutkimuksia määritelty, kuinka suuren osan vuorokaudesta hoitohenkilökunta oli paikalla hoitolaitoksessa. Koska tämän kriteerin toteutuessa tulos olisi jäänyt erittäin suppeaksi, laajennettiin tutkimus kattamaan myös hoitokoteja, joissa hoitohenkilökuntaa ei tiedetty olevan paikalla läpi vuorokauden. Englanninkielisenä terminä edellä mainituille hoitolaitoksille löytyivät Nursing home, assisted living facilities, hospice and palliative care nursing, palliative care, homes for the aged, residential homes for older people.

2.3 Valintakriteerit

Hakutuloksena saatiin 1048 artikkelia. Artikkelit käytiin läpi lukemalla abstraktit, joiden perusteella saatiin lopulliseksi artikkelimääräksi 14. Kokotekstit valituista artikkeleista haettiin Pubmed-tietokannasta, Medline-tietokannasta ja Tampereen yliopiston kirjaston kaukolaina palvelusta. Kolme artikkelia ei täyttänyt valintakriteereitä. Artikkelit käytiin läpi tämän kirjallisuuskatsauksen

laatijan toimesta. Kirjallisuuskatsauksen tekijä teki päätökset artikkelien kelpoisuudesta, sekä validiteetista.

2.4. Tiedon kerääminen ja arviointi

Tiedot kerättiin lukemalla 14 hyväksytystä artikkelista kokotekstit. Yksi artikkeli osoittautui epäolennaisiksi tämän kirjallisuuskatsauksen näkökulmasta. Perustelut poisjättämiseen on kirjattu tuloksiin kyseisen artikkelin kohdalle. Artikkeleista poimittiin tutkimusväestön ominaisuudet, tärkeimmät suureet ja muuttujat sekä johtopäätökset. Lisäksi arvioitiin, kuinka kyseisissä tutkimuksissa on arvioitu harhan ja virheen mahdollisuutta. Taulukossa 5. on eritelty kaikki lopulliseen katsaukseen mukaan otetut tutkimukset edellä mainittujen ominaisuuksien osalta.

Arviointi toteutettiin GRADE järjestelmän (The Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation Working Group) mukaisesti. GRADE on luotu yhdenmukaistamaan tieteellisen tiedon arviointia, sekä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamista. Tarkoituksena on arvioida tutkimuksen näytönastetta asteikolla 1-4, jossa asteella 1. on vahvin näyttö. Lähtöasteeltaan vahvimman näytönasteen omaavat RCT-tutkimukset (Randomized controlled trial). Heikoin näytönaste on havainnoivilla tutkimuksilla. (17)

Taulukko 1. Näytönasteen laatu GRADE-systeemissä. Mukailtu lähteestä
http://handbook.cochrane.org/chapter_12/12_2_1_the_grade_approach.htm

Tutkimustyyppi	Laadun arvio
Satunnaistetut tutkimukset, tai kaksois-ylennetyt seurantatutkimukset	Korkea
Alennetut satunnaistetut tutkimukset tai ylennetyt seurantatutkimukset	Keskinkertainen
Kaksois-alennetut satunnaistutkimukset tai seurantatutkimukset.	Alhainen
Kolmois-alennetut satunnaistetut tutkimukset, alennetut seurantatutkimukset tai tapaus sarjat tai tapaus selostukset.	Erittäin alhainen

Tutkimustyyppin lisäksi tutkimuksen ominaisuudet vaikuttavat arvioon lopullisesta näytönasteesta. Näytönaste alustavasti heikolla tutkimuksella voi nousta, mikäli tutkimuksessa havaitaan suuri

vaikutus, uuri annos-vaste, tai kun kaikki todennäköiset sekoittavat tekijät vähentäisivät osoitettua vaikutusta tai viittaisivat näennäiseen vaikutukseen, kun tulokset eivät osoita vaikutusta. (17) Taulukossa 2. on esitetty artikkelin näytönasteen arvioon negatiivisesti vaikuttavat tekijät.

Taulukko 2. Näytön astetta alentavat tekijät. Mukailtu lähteestä
http://handbook.cochrane.org/chapter_12/12_2_1_the_grade_approach.htm

1. Rajoitukset tutkimussuunnitelmassa ja toimeenpanossa ennustaen suurta todennäköisyyttä harhalle.
2. Tulosten epäjohtonmukaisuus (väestön, intervention, kontrolliryhmän tai tulosten epäjohtonmukaisuus)
3. Selittämätön yhdenmukaisuus tai poikkeavuus tuloksissa (myös alaryhmien analyyseissä)
4. Tulosten epätarkkuus (laaja luottamusväli)
5. Suuri todennäköisyys julkaisuharhalle

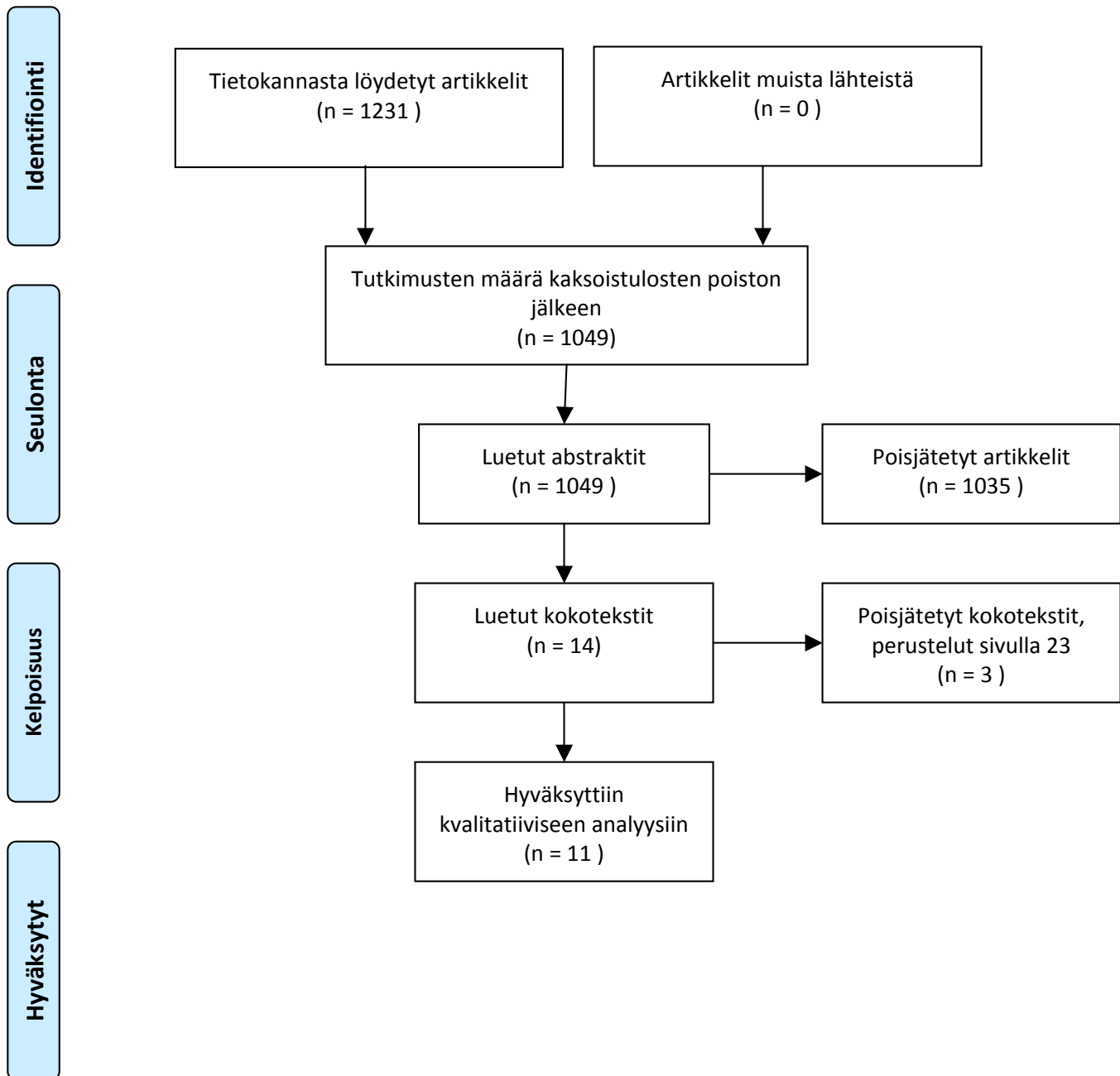
2.5 Tulossynteesi

Koska kaikki kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt tutkimukset ovat tutkimustyyppiltään, tutkimusväestöltään, sekä tutkimuskysymykseltään toisistaan suuresti poikkeavia, ei varsinaista tulossynteesiä pääasiallisten muuttujien suhteen kyetty suorittamaan. Tulossynteesi on toteutettu esittämällä pääpiireet tutkimusten johtopäätöksistä ja tuloksia on integroitu ja vertailtu toisiinsa soveltuvien osien kvalitatiivisessa analyysissä.

3. TULOKSET

3.1 Tutkimusten valinta

Oheisessa Prisma – vuokaaviossa tutkimusten valitsemisprosessi.



3.2 Tutkimusten esittely

Oheisessa kaaviossa eritellään tutkimustyyppi, pääasialliset suureet, johtopäätökset, sekä luotettavuus GRADE-systeemin mukaisesti.

Taulukko 3. Hyväksytyt tutkimukset julkaisuvuoden mukaisessa järjestyksessä.

Tutkimus	Dencker SJ, Dencker K. 1994. Does community care reduce the need for psychiatric beds for schizophrenic patients? Acta Psychiatr Scand Suppl 382:74-9. (18)
Tutkimuskysymys	- vähentävätkö julkisen terveydenhuollon palvelut tarvetta skitsofrenikoiden psykiatrisille sairaalahoitopaikoille?
Tutkimustyyppi	- tapausarja, osana kirjallisuuskatsausta
Tutkimusväestö	- 3 skitsofreniaa sairastavaa potilasta
Tulokset	<ul style="list-style-type: none"> - 1. potilas, 54 vuotta, sairaalahoidossa 14 vuotta, kuntoutuksen jälkeen selviytyy avohoidossa, relapseja 3 vuoden välein, elämänlaatu hyvää - 2. potilas, 34 vuotta, sairaalahoidossa 3 vuotta, asuu puoliksi hoitokodissa ja omassa asunnossa, sosiaalisen toimintakyvyn alenema, käytösongelmia - 3. potilas, 49 vuotta, 27 vuotta sairaalahoidossa, vanhainkodissa, hoitoresistentti sairaus, itsemurhayrityksiä, neliraajahalvaus
Johtopäätökset	<ul style="list-style-type: none"> - skitsofreniaa sairastavien potilaiden hoito ei toteudu laadukkaasti vanhainkodeissa - paras lopputulema oli potilaalla, joka oli saanut pitkäaikaista sairaalahoitoa - avohoidossa tai vanhainkodissa oleville potilailla oli huono ennuste
GRADE	<ul style="list-style-type: none"> - ERITTÄIN HEIKKO - DSM-III-R luokituksen mukainen skitsofrenia diagnoosi

Tutkimus	Martinsen EW, Ruud T, Borge L, Watne O, Friis S. 1998. The fate of chronic in-patients after closure of psychiatric nursing homes in Norway: a personal follow-up 6 years later. Acta Psychiatr Scand Suppl 98(5):360-5. (19)
Tutkimuskysymys	- kuinka kroonista mielenterveyden häiriötä sairastaville potilaille käy verraten eri asumismuotoja
Tutkimustyyppi	- retrospektiivinen pitkittäistutkimus
Tutkimusväestö	- 107 potilasta psykiatrisessa sairaanhoidossa, vuonna 1989 ja 1996 uudelleensijoittamisen jälkeen, 32 potilasta kuoli tutkimusaikana, 1 kieltäytyi tutkimuksesta

	<ul style="list-style-type: none"> - 64 %:lla oli DSM-III skitsofrenia diagnoosi
Interventio	<ul style="list-style-type: none"> - toteutettiin henkilökohtainen haastattelu potilaalle sekä potilaan vakituiseen hoitohenkilökuntaan kuuluvalla työntekijällä - REHAB, GAF, BRPS
Tulokset	<ul style="list-style-type: none"> - 41 % potilaista asui hoitokodeissa, 31 % psykiatrisissa hoitokodeissa - 56 % kykeni vastaamaan kyselyyn tarkoituksenmukaisella tavalla - hoitokodeissa asuvilla potilailla toimintakyky oli heikoin - vain psykiatrisissa hoitokodeissa asuvilla potilailla havaittiin tilastollisesti merkitsevä aleneminen BRPS-skaalassa - REHAB arvo ennusti parhaiten tarvetta laitoshoidolle - ICC kaikissa alaryhmissä ja lopullisissa tuloksissa > 0,9
Johtopäätökset	<ul style="list-style-type: none"> - vähäoireisimmat potilaat olivat itsenäisesti asuvia, toimintakyky parantui eniten psykiatrisessa hoitokodissa olleilla potilailla - tavallisten hoitokotien asukkailla ei tapahtunut merkittävää muutosta
GRADE	<ul style="list-style-type: none"> - HEIKKO - valikoitumisharha - tutkimuksen suorittajasta johtuva harha – hoidon laadun ennakkoasenne - välillinen arviointi kun tutkimushenkilö ei itse kyennyt vastaamaan - pieni otoskoko

Tutkimus	Harvey PD, Howanitz E, Parrella M, White L, Davidson M, Mohs RC, Hoblyn J, Davis KL. 1998. Symptoms, Cognitive Functioning, and Adaptive Skills in Geriatric Patients with Lifelong Schizophrenia: A Comparison Across Treatment Sites. Am J Psychiatry 155(8):1080-6. (20)
Tutkimuskysymys	<ul style="list-style-type: none"> - Kroonisten, huonon ennusteen omaavien hoitokodissa asuvien skitsofrenia potilaiden erityispiirteet verrattuna akuutisti sisään kirjattuihin skitsofreniaa sairastaviin potilaisiin ja huonon ennusteen omaaviin psykiatristen sairaaloiden potilaisiin - kognition taso, sopeutumiskyky ja oirekuva
Tutkimustyyppi	<ul style="list-style-type: none"> - havainnoiva poikittaistutkimus
Tutkimusväestö	<ul style="list-style-type: none"> - 97 pitkäaikaisessa sairaalahoidossa olevaa, 37 hoitokodissa asuvaa ja 31 akuutisti sisään kirjattua kroonista skitsofreniaa sairastavaa potilasta - DSM-II R kriteerien mukainen skitsofrenia diagnoosi, ikä > 64 vuotta, taudin puhkeaminen < 45 vuoden iässä
Interventio	<ul style="list-style-type: none"> - PNSS, Neuropsychological battery, MMSE, SAFE
Tulokset	<ul style="list-style-type: none"> - Ryhmien välillä havaittiin merkitsevä ero iän (p=0,01) ja koulutustason (p=0,001) suhteen - hoitokotien asukkaiden keski-ikä oli tutkimushetkellä korkein 74,35, SD 7,20, akuutisti sisään kirjatuilla potilailla oli pisin koulutus 11,77,

	<p>SD 2,45</p> <ul style="list-style-type: none"> - hoitokotien ja psykiatrisen sairaalan potilailla alahaisempi MMSE, alahaisempi kognitio ja enemmän sopeutumisongelmia kuin akuutisti sisään kirjatuilla - kroonisilla psykiatrisen sairaalan potilailla oli vaikeampia positiivisia oireita - hoitokodeissa asuvilla potilailla tilastollisesti merkitsevästi sopeutumisvaikeuksiin korreloi kognition alenema, $F=34.74$, $df=1,35$, $p < 0.05$ ja negatiiviset oireet $F=3.76$, $df=2,34$, $p < 0.05$ - vastaava merkitsevä korrelaatio havaittiin myös muilla ryhmillä
Johtopäätökset	<ul style="list-style-type: none"> - akuutisti sairailta potilailla on vähemmän negatiivisia oireita, parempi kognitiivinen toimintakyky ja siten vähemmän sopeutumisvaikeuksia - sopeutumisongelmien ennustettavuus korreloi vahvasti kognition aleneman asteeseen - positiivisilla oireilla ei ollut ennustearvoa sopeutumiseen
GRADE	<ul style="list-style-type: none"> - KESKINKERTAINEN - skitsofrenia diagnoosin varmentaminen DSM-III kriteeristön mukaan, Cohen's kappa 0.88 ($p < 0.001$) - selittävän tekijän merkitsevyys - pieni otoskoko

Tutkimus	<p>Leiße M, Kallert TW. 2000. Social integration and the quality of life of schizophrenic patients in different types of complementary care. Eur Psychiatr 15(8):450-60. (21)</p>
Tutkimuskysymys	<ul style="list-style-type: none"> - kuinka skitsofreniaa sairastavien potilaiden psykopatologiset oireet ja sosiaalisen kyvyttömyyden aste vaihtelevat - vertaillut asumismuodot psykiatrisen hoitokoti, yhteiskunnan hoitotuettu asuminen (social therapeutic hostel), tuettu itsenäinen asuminen, täysin itsenäinen, perheen kanssa asuva - kartoittaa itsenäisyyttä ja subjektiivista elämänlaatua eri asumismuodoissa
Tutkimustyyppi	<ul style="list-style-type: none"> - seurantatutkimus, pitkäaikaistutkimus, 2 vuotta
Tutkimusväestö	<ul style="list-style-type: none"> - 245 skitsofreniaa sairastavaa potilasta, ICD-10 diagnoosi - psykiatrisen hoitokodit $n=50$, yhteiskunnan hoitotuettu asuminen $n=51$, tuettu itsenäinen asuminen $n=39$, perheen kanssa $n=50$, yksin $n=55$ - keski-ikä 48.1 (± 12.1) joista psykiatrisen hoitokodin potilailla korkein 58.5 ± 10.4
Interventio	<ul style="list-style-type: none"> - haastattelu artikkelin laatijan toimesta - sosiodemografinen kysely kaavake, PANSS, DAS-M, stukturoitu haastattelukaavake perustuen Berlin Quality of Life Profile – kyselyyn ja Lancashire Quality of Life Profile – kyselyyn

Tulokset	<ul style="list-style-type: none"> - alhaisin koettu elämänlaatu yksin asuvilla, 4.4 ± 1.5 (asteikko 1-7) ja tuetussa itsenäisessä asumisessa asuvilla, 4.4 ± 1.6, $p = 0.05$ - psykiatrisissa hoitokotien asukkaille DAS-M 4.0 ± 0.5, $F = 42.5$, mikä kuvasi vertailluista ryhmistä heikointa suoriutumista päivittäisistä toimista - korrelaatio todettiin DAS-M tuloksella, $r = 0.65$, $P = 0.00$ ja PANSS negatiivisilla oireilla, $r = 0.57$; $P = 0.00$, potilaiden omaan sekä ulkopuoliseen arvioon sosiaalisista ongelmista ja aktiivisuudesta - kotona yksin asuvilla, perheen kanssa asuvilla ja tuetussa itsenäisessä asumisessa asuvilla potilailla havaittiin sosiaalista eristäytymistä - tarve vapaa-ajan viettoon: yksin asuvat 50,0 %, perheen kanssa asuvat 51,2 %, tuetussa asumisessa asuvat 50,0 %, yhteiskunnan hoitotuettuina asumisessa asuvat 51 % ja psykiatrisessa hoitokodissa asuvat 28,6 %
Johtopäätökset	<ul style="list-style-type: none"> - pitkä sairaalahoito johtaa sosiaalisen ympäristön muutokseen, potilaat eivät usein palaa aiempaan yhteisöön - elämänlaadun arvio huonoin potilailla, joilla sairaudenkesto pisin, huonoin psykopatologinen arvio ja heikoin sosiaalinen sopeutuminen - johtuvatko psykiatrisen hoitokodin asukkaiden paremmat tulokset DAS-M ja elämänlaatu -kyselyistä potilaan sairauden etenemisen myötä laskeneista odotusarvoista ja vaatimuksista?
GRADE	<ul style="list-style-type: none"> - HEIKKO - potilasryhmien demografiset ominaisuudet eivät olleet yhtäläisiä, vertailukelpoisuus - potilaiden kyky itsenäiseen subjektiiviseen arvioon? - kirjallisuuskatsauksen kannalta asumismuodot eivät välttämättä täytä kriteerejä - social therapeutic hostel – määritelmä ei ole selvä

Tutkimus	Leisse M, Kallert TW. 2003. Normative needs for community-based psychiatric care of patients with schizophrenia in different residential settings. Psychiatr Res 15;118(3):223-33. (22)
Tutkimuskysymys	<ul style="list-style-type: none"> - eri asuinmuodoissa asuvien skitsofreniaa sairastavien potilaiden tarpeet ja hoidon laatu
Tutkimustyyppi	<ul style="list-style-type: none"> - taustalla laajempi pitkittäistutkimus, seuranta-aika 2 vuotta - artikkeli perustuu 4 ensimmäisen seuranta viikon tuloksiin - poikittaistutkimus, kohortti $n=244$
Tutkimusväestö	<ul style="list-style-type: none"> - skitsofreniaa sairastavat potilaat psykiatrisissa hoitokodeissa (henkilökunta 24 tuntia vuorokaudessa paikalla) $n=50$, tuetussa palveluasumisessa (henkilökunta 24 tuntia vuorokaudessa paikalla) $n=51$, yhteiskunnan tukemassa itsenäisessä asumismuodossa $n=38$, yksin $n=50$, perheen kanssa $n=55$ - ICD-10 mukainen skitsofrenia diagnoosi - keski-ikä 48.1 (± 12.1)

Interventio	<ul style="list-style-type: none"> - sosiodemografinen ja sairauteen liittyvä tieto kerättiin standardoidulla lomakkeella - PANSS, NCA - muodostettiin kategorioihin perustuva luokitus tarpeille (ei tarvetta, hoidettu tarve, hoidontarpeen arviota ei tehty, ei tarpeita)
Tulokset	<ul style="list-style-type: none"> - hoitokotien asukkailla psyykkisten oireiden prevalenssi suurin, PANSS 48.1 (± 12.1), $F > 12.6$, d.f.=4, 239, $P < 0.001$ - hoitokotien asukkailla eniten ajankohtaisia sosiaalisia ongelmia, NCA ryhmä I, prevalenssi 66,0 %, alhaisin prevalenssi yksinasuvilla 10,9 % - ajankohtaisia kliinisiä ongelmia (NCA-III) eniten perheen kanssa asuvilla 20,0 %, psykiatrisissa hoitokodeissa asuvilla 18,0 % ja vähiten tuetussa palveluasumisessa asuvilla 5,9 % - näistä yleisimpiä olivat positiiviset ja negatiiviset oireet sekä neuroleptien haittavaikutukset - tarpeiden lukumäärä nykyhetkellä ja 2 vuotta takautuvasti psykiatristen hoitokotien asukkailla: 6.7 ± 1.4, tuetussa palveluasumisessa 4.9 ± 1.7, yhteiskunnan tukemassa itsenäisessä asumisessa $3.7 \pm 2.$, perheen kanssa 2.7 ± 2.7, yksin 3.0 ± 2.4, $F = 42.8$, d.f.=4, 239, $P < 0.001$ - kategoriat kohtaamaton tarve ja ei-tarvetta, ilmenivät suurimpina ryhminä koko tutkimusväestöllä negatiivisissa oireissa, ajanvietteellisissä aktiviteeteissa ja kommunikaatiossa
Johtopäätökset	<ul style="list-style-type: none"> - psykiatristen ja kasvatuksellisten interventioiden kehittäminen tärkeää - erityisesti potilaiden arjesta suoriutumista ja sosiaalisia taitoja tulisi tukea - psykiatrisissa hoitokodeissa sekä tuetussa palveluasumisessa potilaiden korkeaa tarpeen määrää voi selittää negatiivisten oireiden yleisyys, useat fyysiset oireet ja sairaudet
GRADE	<ul style="list-style-type: none"> - HEIKKO - tutkimusväestön rekrytointi tehtiin eri ryhmille eri metodeilla, valikoitumisharha - oirearvion suorittaneiden työntekijöiden kontaktilaatu ja -määrä vaihtelivat eri ryhmissä, luotettavuus? - tutkimusmenetelmän rajoitukset, yleistettävyyys
Tutkimus	Bartels SJ, Miles KM, Dums AR, Levine KJ. 2003. Are nursing homes appropriate for older adults with severe mental illness? Conflicting consumer and clinician views and implications for the Olmstead decision. J Am Geriatr Soc 51(11):1571-9. (23)
Tutkimuskysymys	<ul style="list-style-type: none"> - soveltuuko hoitokoti asuinpaikaksi vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastaville potilaille - poikkeavatko kliinikoiden ja potilaiden näkemykset - toteutuuko hoito ja kohdataanko potilaiden tarpeet

Tutkimustyyppi	- Korrelatiivinen, kuvaileva poikkileikkaustutkimus
Interventio	- strukturoitu kyselykaavake potilaan ominaisuuksista, toimintakyvystä ja soveltuvasta asumismuodosta - CIRS-G, ADL, SLOF, MMSE, CDR mukailtu
Tutkimusväestö	- Yli 60-vuotiaat, vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavat potilaat julkisen terveydenhuollon (n = 115) piirissä tai hoitokotien asukkaina (n=106). 64 kliinistä työtä tekevää hoitohenkilökunnan jäsentä - potilaat, joiden kognitio arvioitiin klinikoiden toimesta liian alentuneeksi vastaamaan kyselyyn, suljettiin pois tutkimuksesta (n = 176) - diagnooseina skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriö, dementia, masennus sekä muut psykoottiset häiriöt, DSM-III mukaisesti -
Tulokset	- 48 % asui hoitokodissa, yleisin diagnoosi oli masennus 30,3 % ja skitsofrenia tai skitsoaffektiivinen häiriö 28,5 % - hoitokodissa asuvista potilaista 59,4 % piti asuinmuotoa sopivana, klinikot kokivat kyseisen asuinmuodon potilaille sopivaksi 41,9 %:ssa tapauksista - kaikista potilaista 40 % koki yhteiskuntaan integroidun asumismuodon parhaaksi, vastaavasti klinikoista koki potilaista 51 % soveltuvan tähän asumismuotoon
Johtopäätökset	- Näkemykset oikeasta hoitopaikasta eroavat suuresti potilaiden sekä hoitohenkilökunnan välillä
GRADE	- ERITTÄIN HEIKKO - eri potilasryhmien arviointi tapahtui eri klinikoiden toimesta, tulosten luotettavuus, tutkimuksen toistettavuus - valikoitumisharha - tämän katsauksen kannalta ei voida tehdä johtopäätöksiä, sillä tutkimusväestö ei koostunut yksinomaan kroonista vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavista potilaista

Tutkimus	McCarthy JF, Blow FC, Kales HC. 2004. Disruptive Behaviors in Veterans Affairs Nursing Home Residents: How Different Are Residents with Serious Mental Illness? J Am Geriatr Soc 52(12):2031-8. (24)
Tutkimuskysymys	- Käyttäytymishäiriöiden esiintyminen vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavilla potilailla verraten muihin asukkaisiin Veterans Affairs-hoitokodeissa - Alaryhminä verrattiin vakava mielenterveyden häiriö (ei dementiaa), dementia (ei vakavaa mielenterveyden häiriötä), tai molemmat yllämainitut diagnoosit omaavia potilaita
Tutkimustyyppi	- Poikittaistutkimus, tilastollinen analyysi

Interventio	<ul style="list-style-type: none"> - PAI - Tietokantana VA's Patient Treatment File (PTF)
Tutkimusväestö	<ul style="list-style-type: none"> - 9,618 Veterans Affair – hoitokotien asukasta vuonna 2001 - 44 henkilöä suljettiin pois tiedottoman tilan vuoksi, 45 henkilöä puuttuvien tilastollisten tietojen puutteen vuoksi - 96.3 % miehiä
Tulokset	<ul style="list-style-type: none"> - vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavilla potilailla riippuvuus WC:ssä käymisessä 60,3 %, syömisessä 58,4 %, siirtymisissä 50,1 % ja liikkuvuudessa 60,4 %. Vastaavat arvot dementiaa sairastavilla olivat 85.6 %, 79 %, 76.0 % ja 81,4 %, $p < 0,001$. Ja ei kumpaakaan diagnoosia omaavilla 72,2 %, 57,6 %, 70,9 %, 84,1 % - Käyttäytymishäiriöiden yleinen esiintyvyys molemmilla diagnoosi ryhmillä oli samaa suuruusluokkaa - Vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavilla potilailla verbaalinen aggressiivisuus oli yleisempää, 29,3 % verraten dementiaa sairastaviin, 22,3 %, OR 5 1.49, 95 %, CI 5 1.23–1.80 - Fyysinen aggressiivisuus vastaavasti edellä mainituillaryhmillä 15,5 % ja 19,2 %, $p < 0,001$, OR 5 0.98, 95 %, CI 5 0.79–1.23
Johtopäätökset	<ul style="list-style-type: none"> - dementiaa ja vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavilla potilailla käytöshäiriöiden prevalenssi on muuta väestöä suurempi - vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavien potilaiden käytöshäiriöiden ilmeneminen oli lähes vastaava kuin dementiaa sairastavilla, verbaalinen aggressiivisuus yleisempää, fyysinen aggressiivisuus alhaisempaa - avuntarve ja riippuvuus päivittäisissä toimissa vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavilla potilailla oli vähäisempää kuin muulla väestöllä
GRADE	<ul style="list-style-type: none"> - HEIKKO - valikoitumisharha - otoksen koon pienuus - tilastollinen merkitsevyys $p < 0,05$

Tutkimus	Depla M, de Graaf R, Heeren T. 2005. Does Supported Living in Residential Homes Improve the Quality of Life and Mental Stability of Older Adults with Chronic Mental Disorder? Am J Geriatr Psychiatry 13(2):124-33. (25)
Tutkimuskysymys	<ul style="list-style-type: none"> - parantaako sijoittaminen vanhainkoteihin kroonisesti mielisairaiden henkilöiden elämänlaatua vaarantamatta kyseisten henkilöiden psyykkistä hyvinvointia
Tutkimustyyppi	<ul style="list-style-type: none"> - havainnoiva poikittaistutkimus

Tutkimusväestö	<ul style="list-style-type: none"> - 96 vanhainkodissa asuvaa ja 78 psykiatrisessa sairaalassa olevaa kroonista mielenterveyden häiriötä sairastavaa potilasta - edellä mainituille ryhmille 59 % ja 45 % osallistumisprosentti - diagnoosi perustuen DSM-IV, ikä > 65 vuotta - eriteltiin psykoottinen mielenterveyden häiriö (skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö), ei-psykoottinen mielenterveyden häiriö, persoonallisuus häiriö ja muut häiriöt, effect size riittävä vain kahdelle ensimmäiselle ryhmälle
Interventio	<ul style="list-style-type: none"> - elämänlaadun arviointi: PGCMS, MANSA, lääkitystiedot, sairaalan sisään kirjaukset, WHO CIDI – psykoottiset oireet osio, MMSE
Tulokset	<ul style="list-style-type: none"> - tuetun palveluasumisen piirissä olleiden potilaiden koettu elämänlaatu oli merkitsevästi alempi MANSA -0.20, $p < 0,001$ - psyykkisessä vakaudessa ei havaittu merkittävää eroa - psykoottista häiriötä sairastavilla todennäköisyys yksinäisyyteen ($d = -0.52$) ja huonoon elämänlaatuun ($d = -0.63$) suurempi - asumismuotojen välisessä vertailussa ei saatu tilastollisesti merkitseviä tuloksia
Johtopäätökset	<ul style="list-style-type: none"> - tarvitaan lisää tutkimusta, jotta vanhainkotien soveltuvuutta kroonista mielenterveydenhäiriötä sairastaville voitaisiin kehittää soveltuvammaksi
GRADE	<ul style="list-style-type: none"> - ERITTÄIN HEIKKO - haastattelut teki koulutettu työntekijä, luotettavuutta seurattiin - vaikutuksen koko määritetty - sekoittavat tekijät otettu huomioon - ei tilastollisesti merkitseviä tuloksia - vain osa tuloksista sovellettavissa tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimusväestöön

Tutkimus	Cadena SV. 2006. Living among strangers: the needs and functioning of persons with schizophrenia residing in an assisted living facility. Issues Ment Health Nurs 27(1):25-41. (26)
Tutkimuskysymys	<ul style="list-style-type: none"> - Tuetussa palveluasumisessa asuvien kroonista skitsofreniaa sairastavien potilaiden erityispiirteet ja korrelaatio hoidontarpeeseen ja toimintakykyyn
Tutkimustyyppi	<ul style="list-style-type: none"> - Kvaileva, havainnoiva tutkimus
Tutkimusväestö	<ul style="list-style-type: none"> - 58 tehostetun palveluasumisen yksikössä asuvaa kroonista skitsofreniaa sairastavaa potilasta, 8 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa jäsentä - Skitsofrenia diagnoosi DSM-IV luokituksen mukaan
Interventio	<ul style="list-style-type: none"> - Henkilökohtainen haastattelu strukturoidulla lomakkeella kohtaamattomista tarpeista - REHAB - GAF

Tulokset	<p>Tarpeet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 29.6 % potilaista kuvasi sosiaalisia tarpeita. Yleisimpinä sosiaalisten taitojen opettelu (10,4 %) ja ohjattu vapaa-aika (8,9 %) - 15,6 % tarvitsi lisää kotitaloustaitoja - 9,7 % tarvitsi hoivaa tai terveydenhuoltoa - 8,9 % koki tarvitsevansa valvontaa välttääkseen itsetuhoista käytöstä <p>Toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> - REHAB-asteikolla keskiarvo 81.52; SD = 9.80 - 93 % saavutti vähintään kohtuullisen toimintakyvyn - suurimmat puutokset olivat työssä, koulussa, perhesuhteissa, harkintakyvyssä, ajattelussa ja mielialassa - GAF-asteikolla keskiarvo 35.8, SD = 7.15 <p>Korrelaatio</p> <ul style="list-style-type: none"> - potilaan ikä ja sairauden kesto $r = 0.9189$, $p = 0.0001$ - potilaan ikä ja lääkitystietämys $r = 0.4038$, $p = 0.0017$ - toimintakyky selittyi tutkimushetken GAF-arvolla $F = 7.17$, $p = 0.01$, kuluneen vuoden GAF-arvolla $F = 7.32$, $p = 0.009$ sekä lääkitystietoisuudella $F = 21.01$, $p = 0.0001$ - toimintakykyyn korreloivat negatiivisesti positiiviset oireet, $F = 15.33$, $p = 0.0003$ sekä negatiiviset oireet $F = 9.25$, $p = 0.0037$
Johtopäätökset	<ul style="list-style-type: none"> - potilasryhmän tarpeiden ja erityispiirteiden tunnistaminen on tärkeää, jotta hoitoa voitaisiin jatkossa kehittää tuetun palveluasumisen piirissä - lisää tutkimustietoa tarvitaan aiheesta
GRADE	<ul style="list-style-type: none"> - HEIKKO - Diagnostiikka pätevä - valikoitumisharhan mahdollisuus, henkilöt, jotka eivät kysyneet terveydentilansa vuoksi vastaamaan pois suljettiin tutkimuksesta - tutkimusväestö kooltaan pieni, huono yleistettävyyttä - strukturoidut kyselyt toistettavissa - analyysissä ei ole otettu huomioon mahdollisia sekoittavia tekijöitä

Tutkimus	Walid MS, Zaytseva N. 2009. Pain in nursing home residents and correlation with neuropsychiatric disorders. Pain Physician 12(5):877-80. (27)
Tutkimuskysymys	<ul style="list-style-type: none"> - ilmeneekö vuoden 2004 National Nursing Home Survey-tutkimustiedosta yhteys kivun ja neuropsykiatristen sairauksien välillä hoitokotien ikääntyneillä asukkailla?
Tutkimustyyppi	<ul style="list-style-type: none"> - raporttiin perustuva retrospektiivinen tutkimus
Tutkimusväestö	<ul style="list-style-type: none"> - yllä mainittu tutkimustieto yli 65-vuotiaista Alzheimerin tautia, Pick'n dementiaa, skitsofreniaa, masennusta, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai pakko-oireista häiriötä sairastavista potilaista (ICD-9-kriteeristö)
Interventio	<ul style="list-style-type: none"> - Disease-Specific Pain Intensity Scale (DSPI Scale)

Tulokset	<ul style="list-style-type: none"> - skitsofrenialla ja kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä havaittiin negatiivinen korrelaatio kipuun, 17.4 %, korrelaatio -0.048 ja 18.1 % - 0.016 - positiivinen korrelaatio kipuun havaittiin masennuksella, 24.4 %, korrelaatio +0.025 ja ahdistuneisuudella 29.4 %, korrelaatio +0.056 - alhaisin DPSI mukainen kivun kokeminen oli kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla - dementiaa sairastavat potilaat raportoivat vähiten ja intensiteetiltään alhaisimmasta kivusta
Johtopäätökset	<ul style="list-style-type: none"> - kipua arvioitaessa otettava huomioon potilaan neuropsykiatriset sairaudet ja kommunikointikyky - ymmärtämys neuropsykiatrisista sairauksista auttaa arvioimaan kivunhoidon tarvetta - kivun arviointiin käytettävän, psyykkiselle sairaudelle spesifisen, arviointiasteikon luotettavuus vaatii kehittämistä
GRADE	<ul style="list-style-type: none"> - ERITTÄIN HEIKKO - kivun arviointi 7 vuorokautta takautuvasti, ei seurantaa - sekoittavana tekijänä somaattiset sairaudet, lääkitykset - usean diagnoosin omaavat potilaat, yleistettävyyys - kivun arvioinnin metodin oikeellisuus, epäkohdat menetelmässä

Tutkimus	Adelsky MB, Bowie CR, Goldberg TE, Serper MR. 2011. Adaptive Competence Impairment and Cognitive Deficits in Acutely Ill Schizophrenia Patients Residing in Nursing Homes. Am J Geriatr Psychiatry 19(8):752-6. (28)
Tutkimuskysymys	<ul style="list-style-type: none"> - sijoitetaanko akuutisti sairaita, ei-geriatrisia skitsofrenia potilaita hoitokoteihin ilman hoidollisia perusteita - mitkä tekijät ennustavat kroonista hoidontarvetta, kognition alenemaa ja sopeutumisvaikeuksia
Tutkimustyyppi	<ul style="list-style-type: none"> - havainnoiva poikittaistutkimus
Interventio	<ul style="list-style-type: none"> - WAIS, neuropsychological assessment, UCSD, SSPA, SAFE, PANSS
Tutkimusväestö	<ul style="list-style-type: none"> - 50 akuutisti sairasta geriatrasta ja ei-geriatrasta skitsofrenia potilasta, jotka kirjattiin psykiatriseen yksikköön - DSM-IV -kriteeristön mukainen skitsofrenia diagnoosi - Hoitokodissa asuvien iän keskiarvo sisään kirjattaessa 50.2, SD: 8.98
Tulokset	<ul style="list-style-type: none"> - toimintakykyyn korreloivat merkitsevästi kognition aste ($\beta = 0.72$, SE = 0.56, $t = 7.93$, $p < 0.001$) ja ikä sisään kirjaus hetkellä hoitokotiin ($\beta = 0.23$, SE = 0.23, $t = 2.53$, $p < 0.05$) - sosiaaliseen kyvykkyyteen korreloivat eniten kognition aste ($\beta = 0.41$, SE = 0.57, $t = 3.46$, $p < 0.001$) ja PANSS autistinen/kognitiivinen muuttuja ($\beta = -0.48$, SE = 2.17, $t = -4.08$, $p < 0.001$) - sosiaaliseen sopeutumiseen korreloivat voimakkaasti negatiiviset

	oireet ($\beta = 0.52$, $SE = 0.76$, $t = 6.19$, $p < 0.001$) ja UPSA-B tulos ($\beta = -0.51$, $SE = 0.04$, $t = -6.07$, $p < 0.001$)
Johtopäätökset	<ul style="list-style-type: none"> - potilaan ikä hoitokotiin kirjattaessa sekä kognitiivinen alenema ennustivat huonoa sopeutumiskykyä - potilaan ikä tutkimushetkellä ei korreloinut kliinisiin oireisiin, kognitiiviseen toimintakykyyn, sosiaalisiin taitoihin ja sopeutumiskykyyn - yksilöllinen arvio potilaan toimintakyvystä on oleellinen asumismuodon valinnassa - kognitiivisella toimintakyvyllä on yhteys sopeutumiseen
GRADE	<ul style="list-style-type: none"> - ERITTÄIN HEIKKO - huomioitiin laitostumisen vaikutus tuloksiin, riippuvuus säilyi - potilailla tutkimushetkellä akuutti psykoottinen oire, yleistettävyyys huono - huomioitiin potilaiden erityispiirteiden vaikutus tuloksiin

Taulukko 4. Katsauksesta poissuljetut tutkimukset perusteluineen.

Tutkimus	Timko C, Nguyen AQ, Moos RH, Williford WO. 1993. Quality of care and outcomes of chronic mentally ill patients in hospitals and nursing homes. Hosp Community Psychiatry 44(3):241-6. (29)
Tutkimusväestö	<ul style="list-style-type: none"> - tutkimusväestönä krooniset mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat, johtopäätöksiä vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden suhteen ei voida tehdä
GRADE	<ul style="list-style-type: none"> - ei arvioitu, ei täyttänyt hyväksymiskriteereitä

Tutkimus	Sherrell K, Anderson R, Buckwalter K. 1998. Invisible residents: the chronically mentally ill elderly in nursing homes. Arch Psychiatr Nurs 12(3):131-9. (30)
Tutkimusväestö	<ul style="list-style-type: none"> - eri mielenterveydenhäiriöiden diagnoosit ja vallitsevuus oli määritelty, mutta tuloksia ei oltu eritelty diagnoosien mukaisesti - tuloksia ei voida käyttää hyväksi arvioitaessa pelkästään vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita
GRADE	<ul style="list-style-type: none"> - ei arvioitu, ei täyttänyt hyväksymiskriteereitä

Tutkimus	Decker S1, Cary P, Krautscheid L. 2006. From the Streets to Assisted Living: Perceptions of a Vulnerable Population. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 44(6):18-27. (31)
Tutkimusväestö	<ul style="list-style-type: none"> - ei ole eritelty vakavan mielenterveyshäiriön suhteen, ei sovellu katsaukseen.

GRADE	- ei arvioitu, ei täyttänyt hyväksymiskriteereitä

3.4 Harhan arviointi

Tässä meta-analyysissä arvioitiin harhaa käyttämällä tutkimusten luotettavuuden arviointiin strukturoitua mallia, GRADE- asteikkoa.

3. POHDINTA

3.1 Tulosten yhteenveto

Laadukkaan hoidon toteutumisen kannalta on oleellista, että vakavaa kroonista mielenterveydenhäiriötä sairastavien asukkaiden erityispiirteitä opitaan tunnistamaan hoitokodeissa, vanhainkodeissa ja tehostetun palveluasumisen piirissä. Kirjallisuuskatsauksessa havaittiin useita erityispiirteitä, jotka korreloivat näiden asukkaiden toimintakykyyn ja sopeutumiseen tehostettuun palveluasumiseen, hoitokoteihin sekä vanhainkoteihin.

Positiivisten ja negatiivisten oireiden ilmeneminen heikentää vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavan asukkaan toimintakykyä. Ymmärrys omasta terveydentilasta ja kyky käsittää sairauden hoitoa, ennustivat parempaa sopeutumista asumismuotoon. Sosiaaliset ongelmat ja tarpeet olivat yleisiä tutkimusväestössä. Sopeutuminen takaisin yhteiskuntaan pitkän laitoshoidon jälkeen on vaikeaa. Sosiaalista eristäytymistä ja tarpeita ilmeni paljon. Esiin nousi erityisesti kotitalousaskareiden ja päivittäisten toimintojen ohjauksen ja opetuksen tarve.

Geriatrinen potilaiden hoidossa potilaan iän ajatellaan usein korreloivan toimintakykyyn ja hoidon tarpeeseen voimakkaasti. Kroonista vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavilla potilailla on todettu liitännäissairauksien ilmaantuminen varhaisemmin, kuin muulla väestöllä. Tämän perusteella voidaan ajatella, ettei kyseisen potilasryhmän ikä ole tekijä, johon asumisen ja hoitomuodon valinnan tulisi perustua. Liitännäissairastavuus ja perussairauden vaikeusaste vaihtelevat kyseisessä potilasryhmässä. Osa näistä potilaista on toimintakyvyltään ja somaattiselta terveydeltään hyväkuntoisia myös ikääntyneinä. Toisaalta keski-ikäinen kroonista vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastava potilas voi sekä psyykkisen, että somaattisen sairastavuutensa vuoksi olla kykenemätön itsenäiseen asumiseen.

Tutkimuksista kartoitettiin myös vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien henkilöiden oireita ja tarpeita verraten laitoshoidon itsenäiseen asumiseen. Tarpeiden määrä asukkailla, jotka olivat psykiatrisessa laitoshoidossa, tai tuetussa palveluasumisessa, oli kaksinkertainen verraten yksin tai perheen kanssa asuviin. Ei voida kuitenkaan olettaa, että selittävänä tekijänä tarpeiden määrälle

olisi asumismuoto. Itsenäiseen asumiseen kykenemättömillä henkilöillä voidaan ajatella psykiatrisen sairauden vaikeusasteen ja somaattisen sairastauksien ilmenemisen olevan suurempi, jolloin oirekuva ja tarpeet voivat puolestaan toimia selittävänä tekijänä asumismuodon valinnalle. Oleellista on huomioida, että asukkailla on laitoshoidossa kohtaamattomia tarpeita ja pyrkiä tehostamaan niiden tunnistamista ja vastaamista tarpeisiin. Suurimpina kohtaamattomina tarpeina esiintyivät sosiaaliset ongelmat, positiiviset ja negatiiviset oireet ja neuroleptien haittavaikutukset. Tutkittaessa skitsofreniaa ja kaksisuuntaistamielialahäiriötä sairastavien, hoitokodeissa asuvien asukkaiden kivunkokemista, havaittiin skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla henkilöillä subjektiivista kipua vähemmän, kuin masennusta tai ahdistuneisuushäiriötä sairastavilla henkilöillä.

Käyttöoireiden ilmeneminen kroonista vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavilla asukkailla on suurempi kuin muulla väestöllä. Erityisesti verbaalinen aggressiivisuus korostui. Päivittäisissä toiminnoissa kuten vessassa käymisissä ja siirtymisissä avuntarve oli alhaisempi verrattuna muihin asukkaisiin.

Merkittäviä ennustavia tekijöitä skitsofreniaa sairastavan asukkaan huonolle sopeutumiselle hoitokotiin, olivat kognition alenema ja korkea ikä hoitokotiin kirjattaessa. Kognitionaleneman havaittiin useassa tutkimuksessa korreloivan sopeutumisvaikeuksiin.

Tutkimusväestön soveltuvuuden arviointi tuetun palveluasumisen, hoitokotien ja vanhainkotien piiriin, vaatii ymmärrystä kyseisen asukasryhmän sosiaalisista, somaattisista ja psyykkisistä tarpeista. Tästä aiheesta tarvitaan lisää tutkimustietoa. Luotettavaan tutkimustiedon pohjalta luodut arviointimenetelmät ja kriteerit edesauttaisivat ja yhdenmukaistaisivat kroonista vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavien henkilöiden sijoittamista hoitopaikkoihin.

Yhtä oleellista kuin asukkaiden tarpeiden ja soveltuvuuden arviointi, on hoitohenkilökunnan toimintakyvyn ja ammattitaidon arviointi kyseisen potilasryhmän hoidossa. Hoitohenkilökunnan koulutus ja kokemus vaihtelevat suuresti eri asumismuodoissa. On selvää, että kroonista vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavat asukkaat vaativat muusta väestöstä poikkeavaa hoitoa. Tässä korostuu erityisesti psykiatrisen perussairauden vaatima hoito. Mikäli hoitohenkilökunnalla ei ole koulutusta, eikä kokemusta psykiatristen sairauksien hoidosta, on tilanne haastava sekä hoitohenkilökunnalle, että asukkaille. Myös somaattisten sairauksien hoidon suhteen on oleellista,

että hoitohenkilökunnalla on riittävä ymmärtämys potilaan psykiatrisesta sairaudesta ja sairauden vaikutuksista asukkaan kykyyn ilmaista oireitaan ja toimia sosiaalisissa tilanteissa.

American Association for Geriatric Psychiatry on julkaissut vuonna 2001 suosituksen tutkimustyön toteuttamisesta ikääntyneiden mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoidon toteutumisesta ja järjestämisestä. Mielenterveyssairauksien tutkimuksessa on laiminlyöty tutkimustyö koskien ikääntyneitä, kroonista mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita. Tärkeimmiksi tutkimuksen kohteiksi määriteltiin korkean riskiryhmän potilaat, pääasialliset palveluntarjoajat ja palvelupaikat, tutkimustiedon integroiminen kliniseen työhön, hoitoa saavan osapuolen tarpeet ja toiveet hoitopäätöksiä ja hoitoa koskien, sekä hoitojärjestelmän toiminta, ottaen huomioon organisaationaaliset ja kustannukselliset tekijät. Hauraat, liitännäissairaat ja kroonista mielenterveyden häiriötä sairastavat henkilöt luokiteltiin kuuluviksi korkean riskin ryhmään, joilla hoidolliset tarpeet ovat suurimmat. Terveyspalveluiden tarjoajien hajanaisuus, hoidon jatkuvuus ja useat eri toimijat todettiin haasteeksi, vaikeuttaen kommunikoinnin ja kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamista. Ikääntyneille vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastaville henkilöille ei todettu olevan olemassa tehokkaita, tutkimustietoon perustuvia palvelumalleja. (32)

Tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien katsottiin tarjoavan vaihtoehdon pitkäaikaiselle sairaalahoidolle. Johtopäätöksenä oli, että tarvitaan tutkimuksia interventioden vaikutuksista ja palvelumalleista, jotta hoidon toteutumista kyseisissä yksiköissä voitaisiin kehittää. Kustannustehokkaan hoidon toteutuminen on kyseenalaista. Psykiatristen terveyspalveluiden ja konsultaatiomahdollisuuksien määrä vaihteli eri laitoksissa. Esitettiin, etteivät edellä mainitut laitokset täytä hoidollisia vaatimuksia mielenterveyden häiriötä sairastavien asukkaiden osalta. (32)

3.2 Rajoitukset

Tutkimusten arvioinnin tasolla harhaa pyrittiin hallitsemaan käyttämällä systemaattista ja validoitua arviointi keinoa. Harhan mahdollisuus koko katsauksen osalta on kuitenkin kohtalainen, sillä aineistohaun, tutkimusten läpikäynnin, valinnan ja arvioinnin on tehnyt vain yksi henkilö. Kirjallisuus katsauksen tekijällä ei ole aiempaa kokemusta vastaavasta työstä, minkä vuoksi artikkeleiden arviointi ei ole täysin luotettava.

Kirjallisuuskatsauksessa ei löydetty yhtäkään RCT-tutkimusta, eikä muutoin näytöltään vahva-asteista artikkelia. Paras näytönaste oli keskinkertainen, 1 artikkeli. Heikkoa ja erittäin heikkoa näyttöä edustivat muut 12 artikkelia. Tutkimustyyppit olivat pääasiassa havainnoivia poikittaistutkimuksia. Tutkimuksissa ei tehty interventioita, joiden vaikutuksia olisi arvioitu.

Useissa tutkimuksissa haastatteluiden ja arvioiden tekijä vaihteli alaryhmittäin suuresti, jolloin toistettavuus ja luotettavuus kärsivät. Satunnaisvirheen mahdollisuus yksittäisissä tutkimuksissa oli suuri, sillä aineisto ja otoskoot olivat kaikissa tutkimuksissa pieniä. Osassa tutkimuksista satunnaisvirheen arviointiin oli käytetty p-arvoa ja luottamusväliä. Tämä on mainittu kyseisen tutkimuksen kohdalla ja parantaa kyseisten tutkimusten luotettavuutta.

Tutkimustulosten yleistettävyys on kyseenalainen. Osassa tutkimuksista sairauden diagnoosi kriteerit oli selvitetty ja diagnosointi prosessi selkeä. Mukana oli kuitenkin tutkimuksia, joissa diagnostiikkaan käytettyä kriteeriä ei selvennetty. Kaikissa tutkimuksissa otoskoko oli suhteellisen pieni, joten valikoitumisharhan mahdollisuus on suuri. Osassa tutkimuksista vaikea oireisimpia potilaita, tai asukkaita ei kyetty arvioimaan, jolloin tutkimus kuvastaa vain kognitioltaan ja oirekuvaltaan terveempää tutkimusväestöä. Oireiden, toimintakyvyn, tyytyväisyyden ja elämänlaadun arviointikeinot olivat pääasiassa strukturoiduilla malleilla toteutettuja ja tulosten vertailtavuus on näin ollen luotettavampi. Haastatteluiden ja arvioiden tekijä vaihteli alaryhmittäin, mikä on mahdollinen sekoittava tekijä.

Tämän kirjallisuuskatsauksen johtopäätökset perustuvat kvalitatiiviseen tietoon ja tuloksia voidaan käyttää suuntaa-antavina kuvauksina vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien asukkaiden hoidon toteutumisesta tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodeissa.

3.3 Päätelmät

Aiheesta ei löydetty aiempia kirjallisuuskatsauksia. Tulosten vertailu aikaisempaan tietoon ei ole mahdollista. On oleellista, että aiheesta saataisiin lisää tutkimustietoa. Lisäksi tulevaisuudessa on tärkeää kartoittaa myös hoitohenkilökunnan mielipiteitä, resursseja ja ammattitaitoa kyseisen asukasryhmän hoidossa. Tämän hetkisen tiedon perusteella voidaan olettaa, että kyseisen asukasryhmän siirtyessä tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien piiriin, on tärkeää, että

psykiatrinen hoito ja konsultaatiomahdollisuudet ovat tehokkaasti järjestettyjä. Lisäksi hoitohenkilökunnalle on tarjottava riittävä perehdytys ja ohjeistus koskien tämän potilasryhmän hoitoa ja hoidollisia erityistarpeita.

4. RAHOITUS JA SIDONNAISUUDET

4.1 Rahoitus

Artikkelien tilaamisesta aiheutuneista kustannuksista vastasi Tampereen yliopiston Geriatrian oppiala, jolle tämä kirjallisuuskatsaus on laadittu.

4.2 Sidonnaisuudet

Kirjallisuuskatsauksen tekijällä ei ole sidonnaisuuksia.

LÄHTEET

1. Lloyd-Williams MI, Abba K, Crowther J. 2014. Supportive and palliative care for patients with chronic mental illness including dementia. *Curr Opin Support Palliat Care* 8(3):303-7
2. Lemke, Sonne P., Schaefer, Jeanne A. 2010. Recent Changes in the Prevalence of Psychiatric Disorders Among VA Nursing Home Residents PS. *Am Psychiatr Publ* 61(4): 356-363
3. Andrews AO, Bartels SJ, Xie H, Peacock WJ. 2009. Increased Risk of Nursing Home Admission Among Middle Aged and Older Adults with Schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry* 17(8):697-705
4. Gildengers AG, Mulsant BH, Begley A, Mazumdar S, Hyams AV, Reynolds CF, Kupfer DJ, Butters MA. 2009. The longitudinal course of cognition in older adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 11(7):744-52
5. Roseman AS, Kasckow J, Fellows I, Osatuke K, Patterson TL, Mohamed S, Zisook S. 2008. Insight, quality of life, and functional capacity in middle-aged and older adults with schizophrenia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 23(7):760-5
6. Hendrie HC, Tu W, Tabbey R, Purnell CE, Ambuehl RJ, Callahan CM. 2014. Health Outcomes and Cost of Care Among Older Adults with schizophrenia: A 10-Year Study Using Medical Records across the Continuum of Care. *Am J Geriatr Psychiatry* 22(5): 427-436.
7. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Benabarre A, Sierra P, Perez J, Rodriguez A, Livianos L, Torres P, Bobes J. 2008. The prevalence of metabolic syndrome in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 106(1-2):197-201.
8. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, Meltzer HY, Hsiao J, Scott Stroup T, Lieberman JA. 2005. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res* 80(1):19-32.
9. Farr SA, Yamada KA, Butterfield DA, Abdul HM, Xu L, Miller NE, Banks WA, Morley JE. 2008. Obesity and Hypertriglyceridemia Produce Cognitive Impairment. *Endocrinology* 149(5): 2628-2636.
10. Goldstein BI, Fagiolini A, Houck P, Kupfer DJ. 2009. Cardiovascular Disease and Hypertension among Adults with Bipolar I Disorder in the United States. *Bipolar Disord* 11(6):657-662.
11. Kilbourne AM, Cornelius JR, Han X, Pincus HA, Shad M, Salloum I, Conigliaro J, Haas. 2004. Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 6(5):368-73.
12. Martens PJ, Chochinov HM, Prior HJ. 2013. Where and how people with schizophrenia die: a population-based, matched cohort study in Manitoba, Canada. *J Clin Psychiatry* 74(6):551-7.
13. Ganzini L, Socherman R, Duckart J, Shores M. 2010. End-of-Life Care for Veterans With Schizophrenia and Cancer *Psychiatr Serv* 61(7):725-728.
14. Foti ME, Bartels SJ, Van Citters AD, Merriman MP, Kenneth E. 2005. End-of-Life Treatment Preferences of Persons with Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv* 56(5):585-591
15. Mäkinen J, Miettunen J, Isohanni M, Koponen H. 2007. Skitsofrenian negatiiviset oireet. *Duodecim* 123(8):911-6.
16. Mantere O. 2013. Akuutti psykoosi. Lääkärin käsikirja. (Viimeisin muutos 28.2.2013).

17. http://handbook.cochrane.org/chapter_12/12_2_1_the_grade_approach.htm (luettu 18.1.2016)
18. Dencker SJ, Dencker K. 1994. Does community care reduce the need for psychiatric beds for schizophrenic patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl* 382:74-9.
19. Martinsen EW, Ruud T, Borge L, Watne O, Friis S. 1998. The fate of chronic in-patients after closure of psychiatric nursing homes in Norway: a personal follow-up 6 years later. *Acta Psychiatr Scand* 98(5):360-5.
20. Harvey PD, Howanitz E, Parrella M, White L, Davidson M, Mohs RC, Hoblyn J, Davis KL. 1998. Symptoms, Cognitive Functioning, and Adaptive Skills in Geriatric Patients with Lifelong Schizophrenia: A Comparison Across Treatment Sites. *Am J Psychiatry* 155(8):1080-6.
21. Leiß M, Kallert TW. 2000. Social integration and the quality of life of schizophrenic patients in different types of complementary care. *Eur Psychiatr* 15(8):450-60.
22. Leisse M, Kallert TW. 2003. Normative needs for community-based psychiatric care of patients with schizophrenia in different residential settings. *Psychiatry Res* 118(3):223-33.
23. Bartels SJ, Miles KM, Dums AR, Levine KJ. 2003. Are nursing homes appropriate for older adults with severe mental illness? Conflicting consumer and clinician views and implications for the Olmstead decision. *J Am Geriatr Soc* 51(11):1571-9.
24. McCarthy JF, Blow FC, Kales HC. 2004. Disruptive Behaviors in Veterans Affairs Nursing Home Residents: How Different Are Residents with Serious Mental Illness? *J Am Geriatr Soc* 52(12):2031-8.
25. Depla M, de Graaf R, Heeren T. 2005. Does Supported Living in Residential Homes Improve the Quality of Life and Mental Stability of Older Adults with Chronic Mental Disorder? *Am J Geriatr Psychiatry* 13(2):124-33.
26. Cadena SV. 2006. Living among strangers: the needs and functioning of persons with schizophrenia residing in an assisted living facility. *Issues Ment Health Nurs* 27(1):25-41.
27. Walid MS, Zaytseva N. 2009. Pain in nursing home residents and correlation with neuropsychiatric disorders. *Pain Physician* 12(5):877-80.
28. Adelsky MBI, Bowie CR, Goldberg TE, Serper MR. 2011. Adaptive Competence Impairment and Cognitive Deficits in Acutely Ill Schizophrenia Patients Residing in Nursing Homes. *Am J Geriatr Psychiatry* 19(8):752-6.
29. Timko C, Nguyen AQ, Moos RH, Williford WO. 1993. Quality of care and outcomes of chronic mentally ill patients in hospitals and nursing homes. *Hosp Community Psychiatry* 44(3):241-6.
30. Sherrell K, Anderson R, Buckwalter K. 1998. Invisible residents: the chronically mentally ill elderly in nursing homes. *Arch Psychiatr Nurs* 12(3):131-9.
31. Decker S, Cary P, Krautscheid L. 2006. From the Streets to Assisted Living: Perceptions of a Vulnerable Population. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 44(6):18-27.
32. Borson S, Bartels SJ, Colenda CC, Gottlieb GL, Meyers B. 2001. Geriatric mental health services research: Strategin plan for an aging population: Report of the health services group of the American Association for Geriatric Psychiatry. *Am J Geriatr Psychiatry* 9(3):191-204.

LIITTEET

HAKUSTRATEGIA

1. schizophrenia.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
2. bipolar disorder.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
3. severe mental illness.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
4. serious mental illness.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
5. Psychotic Disorder.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
6. schizoaffective disorder.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
7. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6
8. nursing home.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
9. Assisted Living Facilities.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
10. (hospice and palliative care nursing).mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
11. palliative care.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
12. Homes for the Aged.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
13. Assisted Living Facilities.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
14. nursing home.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
15. Residential homes for older people.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
16. Sheltered housing with 24-hour assistance.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
17. Institutional care.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
18. 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17
19. 7 and 18
20. chronic.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
21. 19 and 20
22. aged.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
23. elderly.mp. [mp=ti, ab, tx, ct, sh, hw, sa, ot, nm, kf, px, rx, an, ui]
24. 22 or 23
25. 21 and 24
26. limit 25 to "middle aged (45 plus years)"
27. limit 26 to humans
28. remove duplicates from 27

LYHENTEET

GAF = Global Assessment of Functioning, asteikko 0-100, jossa 100 kuvaa parhainta toimintakykyä.

REHAB Scale (Baker & Hall, 1988). Toimintakyvyn arviointi, asteikko 40-125, jossa 125 kuvaa parasta toimintakyvyn astetta.

MMSE = Mini Mental State Examination, asteikko 0-30, jossa 30 korkein kognition aste.

BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale. Kategorinen asteikko psyykkisten oireiden vaikeusasteelle 1-7, jossa 1 lievin aste.

SLOF = Specific Level of Function Scale. Moniulotteinen asteikko käytöksen ja toimintakyvyn arviointiin. 43 kohtaa asteikolla 1-5, jossa 1 kuvaa parasta toimintakykyä.

CDR = Clinical Dementia Rating Scale. Kuvaa dementian oireiden vaikeusastetta asteikolla 0-3, jossa 0 merkitsee oireettomuutta.

MDS = Minimum Data Set. Hoitokotien asukkaiden toimintakyvyn ongelmien kartoittaminen asteikolla 0-2 kategorioittain, jossa 0 kuvaa parasta suoriutumista tai oireettomuutta.

CIRS-G = Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics. Kroonisen sairauden aiheuttaman haitan arviointi asteikolla 0-56, jossa 0 kuvaa tilannetta jossa haittaa ei ilmene.

IRF-PAI = Inpatient Rehabilitation Facility. Kuntoutukseen otetun potilaan fyysisen, kognitiivisen ja psykososiaalisen tilanteen, sekä toimintakyvyn kartoitukseen tarkoitettu lomake.

UPSA-B = Performance-Based Skills Assessment Battery-Brief Version. Päivittäisistä toimista selviytymisen arviointi kahdella osa-alueella, asteikolla 0-20, jossa 20 kuvaa parasta selviytymistä.

WAIS = Wechsler Adult Intelligence Scale. Testi täysi-ikäisten henkilöiden kognitiivisen toimintakyvyn ja älykkyyden mittaamiseen IQ-arvolla, jossa keskiarvoksi määritetty 100 (SD +/- 15)

DAS-M = Mannheim Disability Assessment Schedule. Kartoittaa päivittäisistä toiminnoista ja käyttäytymisestä, sekä määrättyistä sosiaalisista rooleista suoriutumista asteikolla 0-4, jossa 0 kuvaa edellämäinnittujen toimintojen sujumista häiriöttä.

NCA = Needs for care assessment. Kartoittaa oireita ja käyttäytymisen ongelmia, sekä sosiaalisia kykyjä, jossa oireet lukumäärinä.

UCSD = Performance-Based Skills Assessment. Toimintakyvyn arviointi 5 osa-alueella muodostaen kokonaisasteikon 0-100, jossa 100 kuvaa parasta mahdollista suoriutumista.

PGCMS = Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. Kartoittaa henkilön moraalialia ja suhtautumista omaan elämäntilanteeseensa, jossa tulokset 0-17, korkea lukuarvo kuvaa korkeaa moraalialia.

MANSA = Manchester Short Assessment of Quality of Life. Mittaa subjektiivista ja objektiivista elämänlaatua. Eri osa-alueittain asteikko 1-7, jossa 7 kuvaa parasta elämänlaatua.

SSPA = The Social Skills Performance Assessment. Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen kahdessa sosiaalisessa tilanteessa asteikolla 1-5, jossa 5 kuvaa parasta suoriutumista.

WHO-CIDI = World Health Organisation International Diagnostic Interview. Mielenterveyden häiriöiden vallitsevuutta ja oirekuvaa mittaava kysely.